

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N° 402

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert GESSEN

(Né le 11 avril 1907) à Clermont-Ferrand (P. de D.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES

IMAGES RADIOLOGIQUES

DES

ABCÈS PULMONAIRES

Travail de la Clinique du Professeur E. SERGENT

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAUVIGNE 2

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert GESSEN

(Né le 11 avril 1907) à Clermont-Ferrand (P. de D.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES

IMAGES RADIOLOGIQUES

DES

ABCÈS PULMONAIRES

Travail de la Clinique du Professeur E. SERGENT

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE et
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 UBERTIN . . . Pathologie médicale.
 ÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 ROCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 RULÉ . . . Pathologie médicale.
 USQUET . . . Pharmacologie.
 ADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 ATHALA . . . Pathologie médicale.
 HABROL . . . Pathologie médicale.
 MAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 HEVALLIER . . . Pathologie médicale.
 GOGNON . . . Physique.
 MONZELLOT . . . Pathologie médicale.
 CALLE . . . Obstétrique.
 EY . . . Urologie.
 ASTINEL . . . Bactériologie.
 ATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 GAUDART D'ALLAINES . . . Pathologie chirurgicale.
 BROUD . . . Histologie.
 CARVIER . . . Pathologie médicale.
 LAZARD . . . Pharmacologie.
 ROVELACQUE Anatomie.
 BUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 MUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 N . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 N . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 EQUEUX . . . Obstétrique.
 EROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine

A l'enseignement de qui je dois beaucoup, en hommage de ma respectueuse reconnaissance,

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR KOURILSKY

Ancien chef de clinique de la Faculté
Assistant de M. le Professeur SERGENT à l'Hôpital de la Charité

En témoignage de ma gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur E. RIST

Médecin de l'Hôpital Laennec

Monsieur le Professeur agrégé LIAN

Médecin de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur CLOVIS VINCENT

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Monsieur le Professeur SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de la Charité

Monsieur le Docteur LEVESQUE

Médecin des Hôpitaux

PRÉAMBULE

Depuis quelques années le chapitre des suppurations pulmonaires a pris une place très importante dans la pathologie. Considérées par les classiques comme rares, elles apparaissent actuellement beaucoup plus fréquentes.

Les études poursuivies, tant à l'Etranger qu'en France, ont permis de séparer les suppurations parenchymateuses des autres suppurations pleurales et bronchiques, de leur assigner une place nettement définie dans la nosologie, et de diriger contre elles une thérapeutique active, le plus souvent d'intervention chirurgicale.

Dans ces études, la part de la radiologie est considérable. Le très grand intérêt de ce mode d'exploration peut être défini à un triple point de vue :

— Intérêt de diagnostic :

pour différencier les suppurations pulmonaires des suppurations pleurales et bronchiques. Nous montrerons la grande valeur que prend ici le radio-diagnostic par le lipiodol.

— Intérêt topographique :

pour préciser, en vue du mode d'intervention chirurgicale, la localisation exacte du foyer.

Il faut dire ici la nécessité de plusieurs clichés, face et profil, et la valeur du repérage par index métallique, placé après la première intervention.

— Enfin un intérêt pronostique :

d'une part, par l'étude des modifications que révèlent les clichés, modifications de l'image du foyer et de la réaction péri-focale qui traduisent l'état évolutif, dont l'exacte interprétation permet de choisir l'heure optima de l'intervention ; d'autre part, dans la discussion des critères de guérison.

Mais si la radiologie a une importance de premier plan, il ne faut pas oublier que toutes les images qu'elle fournit doivent être interprétées. C'est là un intérêt général de cette étude radiologique qui s'efforcera de montrer qu'il n'y a pas d'image radiologique pathognomonique d'abcès pulmonaire que les clichés ne peuvent jamais permettre un diagnostic de nature, que les données de la radiologie ne traduisent que des états physiques du parenchyme, des condensations, des excavations, des cavités hydro-aériques, qu'il faut admettre ces données comme des signes devant être interprétés à la lumière des autres signes fournis par la clinique et le laboratoire.

HISTORIQUE

L'étude radiologique des suppurations pulmonaires s'est effectuée en plusieurs étapes :

— tout d'abord on étudia les données de la radiologie simple ;

— puis on tira de l'étude du radio-diagnostic par le lipiodol les conclusions que comportait ce nouveau mode d'exploration ;

— enfin on précisa les critères radiologiques du diagnostic chirurgical.

Sur la première étape, nous n'insisterons pas. On en trouvera les données historiques parfaitement exposées dans la thèse maintenant classique du Dr Kourilsky.

Rappelons simplement les discussions sur l'image des abcès (Paisseau et Solomon, Bécère), les controverses sur le diagnostic différentiel des abcès et des pleurésies enkystées en particulier de la pleurésie interlobaire (Sergent, Kourilsky et Paisseau).

Dans une seconde étape on s'est attaché à accumuler les moyens de diagnostic et l'on poursuivit l'étude des

injections intrabronchiques de lipiodol de Sicard, Forestier et Leroux.

L'exploration radiologique, après injection intratrachéale de lipiodol, a permis de pousser plus loin la différenciation nosologique des suppurations pulmonaires et de définir les images propres à chacune d'elles.

Ainsi ont été acquis les critères radiologiques permettant de séparer les suppurations de la dilatation des bronches des suppurations parenchymateuses (Sergent et Cottenot, Ameuille, Bezançon, M. P. Weil, Azoulay, Et. Bernard).

Les relations de coexistence et de cause à effet unissant les suppurations pulmonaires et la dilatation des bronches furent particulièrement étudiées et classées en abcès bronchectasiques, bronchectasies abcédées et abcès bronchectasians (Sergent, Poumeau-Delille).

Les caractères des abcès péribronchiques furent individualisés par les injections intra-trachéales de lipiodol (Sergent, Kourilsky, Paillard).

L'exploration lipiodolée transthoracique a permis de préciser l'étude des limites du foyer et de poser des différenciations diagnostiques (Fiessinger et Olivier, étude du lipiodol lourd et léger — Lœper — Ameuille et Darbois).

Enfin l'étude lipiodolée du trajet fistuleux apporta des précisions utiles pour les modalités de l'intervention chirurgicale (Sergent, Baumgartner, Kourilsky).

Grâce à ces travaux, la connaissance nosologique mieux précisée permit des applications plus nombreuses

du traitement chirurgical et il devint nécessaire de préciser les méthodes de repérage radiologique.

On insista sur la nécessité des radiographies de face et de profil — sur le repérage par index et cerclage métalliques permettant des radiographies de contrôle après le premier temps opératoire — et une exacte connaissance des conditions topographiques (Rapport de Baumgartner au Congrès de Madrid, avec addition de Sergent et Kourilsky — Kindberg et Robert Monod).

Dans ce travail, nous apportons des documents choisis dans le Service médico-chirurgical que le Professeur Sergent créa à l'hôpital de la Charité.

Nous voulons préciser les différentes images sur lesquelles les abcès pulmonaires peuvent se traduire sur les clichés — et nous nous efforcerons surtout de montrer la valeur des renseignements que l'on peut tirer des données radiologiques, sur l'état évolutif des foyers suppuratifs intra-pulmonaires.

Il nous a paru intéressant de faire une mise au point des données actuelles sur la radiologie des abcès pulmonaires en insistant sur la valeur diagnostique et pronostique de l'interprétation des clichés en série — d'après les documents recueillis dans des conditions particulièrement favorables dans le service spécial de la Charité où une étroite collaboration médico-chirurgicale permet le contrôle anatomique opératoire des images radiologiques.

DESCRIPTION RADIOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude radiologique des abcès pulmonaires, il nous paraît indispensable — dans l'incertitude qui règne encore dans la nosologie respiratoire — de faire un rappel des définitions.

Le terme d'abcès pulmonaires englobe tous les processus suppuratifs collectés dans le parenchyme pulmonaire — et nous en distinguons deux classes (suivant en ceci la description nosologique de Sergent) :

1° les abcès simples :

à pyogènes banaux — à contenu exclusivement purulent,

2° les abcès putrides :

où, au processus de suppuration est associé d'emblée ou secondairement un processus de nécrose.

Ce sont ces cas qui sont diversement catalogués par les auteurs, gangrène chronique à rechutes, gangrène subaiguë, abcès gangreneux.

Ces termes désignent des entités identiques. Mais le terme d'abcès putride définit ces processus qui, quoique

initialement nécrotiques, évoluent à la manière des suppurations localisées et sont justiciables des mêmes méthodes de traitement médicales et chirurgicales. C'est à dire qu'il ne s'applique pas à la gangrène aiguë diffuse où un processus gangreneux massif ou aigu évolue d'une façon extensive.

Nous laisserons donc cette forme de gangrène pulmonique aiguë, individualisée par Bucquoy en dehors de cette étude radiologique.

Ceci posé, nous allons étudier l'image radiologique de ces abcès en fonction étroite de leur état anatomique car il nous paraît juste de ne jamais séparer ces deux données, la clef des modifications radiologiques étant fournie par leur interprétation à la lumière des modifications anatomiques.

Les images radiologiques des abcès pulmonaires simples

1° Images hydro-aériques.

L'image vraiment caractéristique des abcès simples est l'image hydro-aérique :

— cavité de formes plus ou moins arrondie ou ovale à demi-emplie de liquide, caractérisée par :

- une partie supérieure claire, aérique ;
- une partie inférieure sombre, liquidienne ;
- entre ces deux zones une limite horizontale mobile.

Cette image hydro-aérique, selon son volume, sa forme,

la plus ou moins grande quantité de liquide, sa limitation, l'état du parenchyme au sein duquel elle apparaît, peut se présenter sous des aspects divers.

A. IMAGES HYDRO-AÉRIQUES ISOLÉES.

1° Paisseau et Solomon ont décrit une image qu'ils considèrent comme caractéristique de l'abcès pulmonaire, « image ovale à grand axe vertical avec cavité aérique claire dans sa portion supérieure et zone inférieure obscure hydrique à niveau horizontal ». Limitée « par une ombre très dense au niveau de la portion liquidienne et au niveau de la poche aérique par une paroi à double contour très régulier qui la circonscrit avec la plus grande netteté ».

A l'écran radioscopique, on peut assez souvent faire apparaître nettement une succussion du liquide.

Cette image a été décrite comme appartenant en propre à l'abcès pulmonaire, elle a été retrouvée par un grand nombre d'auteurs et nous reproduisons le cliché d'un grand abcès du poumon droit où le double contour est nettement visible dans la partie supérieure de la poche (fig. 1).

Mais cette image n'est pas fréquente, et les auteurs de la description tombent d'accord avec Sergent et Kourilsky pour ne lui reconnaître qu'une fréquence de 20 % des cas.

En effet, seuls les grands abcès après vomiques et assez anciens pour avoir permis la formation d'une forte barrière scléreuse, donnent cette image de poche à double contour.

Tel est le premier type d'image hydro-aérique isolée.

2. — Il existe des images hydro-aériques isolées qui n'ont point ces caractères.

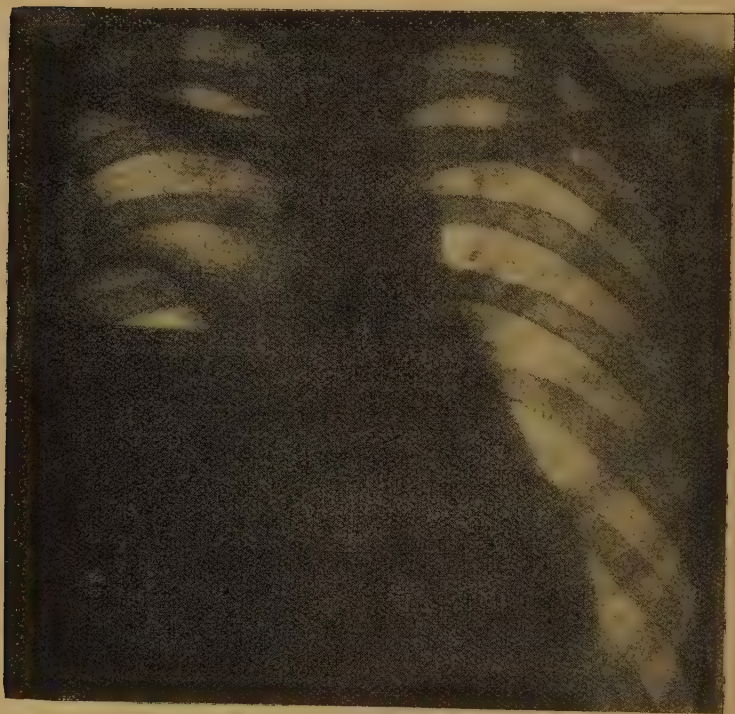


FIG. 1

Apparaissant au sein d'un parenchyme de transparence non modifiée, ce sont des images claires assez régulièrement arrondies, à demi-remplies de liquide avec niveau horizontal.

Il n'y a pas de double contour, et leurs limites assez

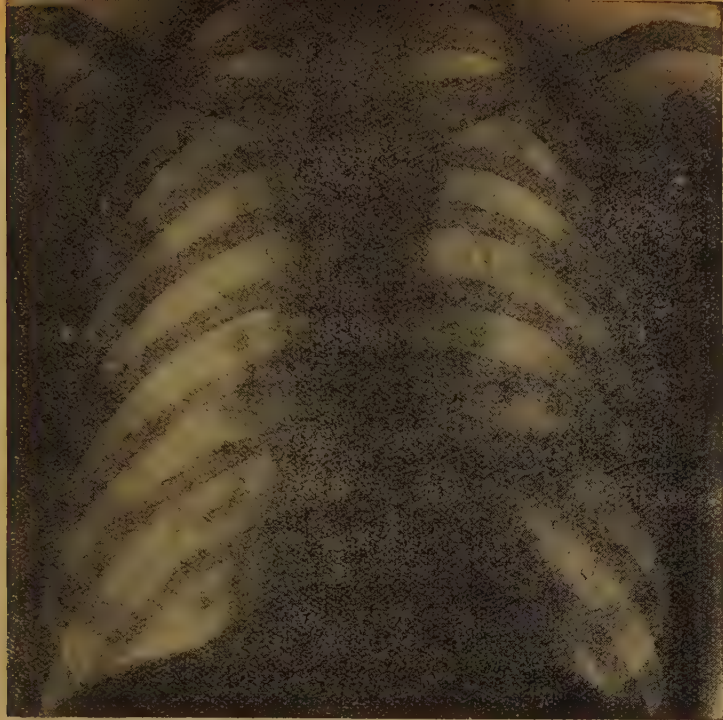


FIG 2.

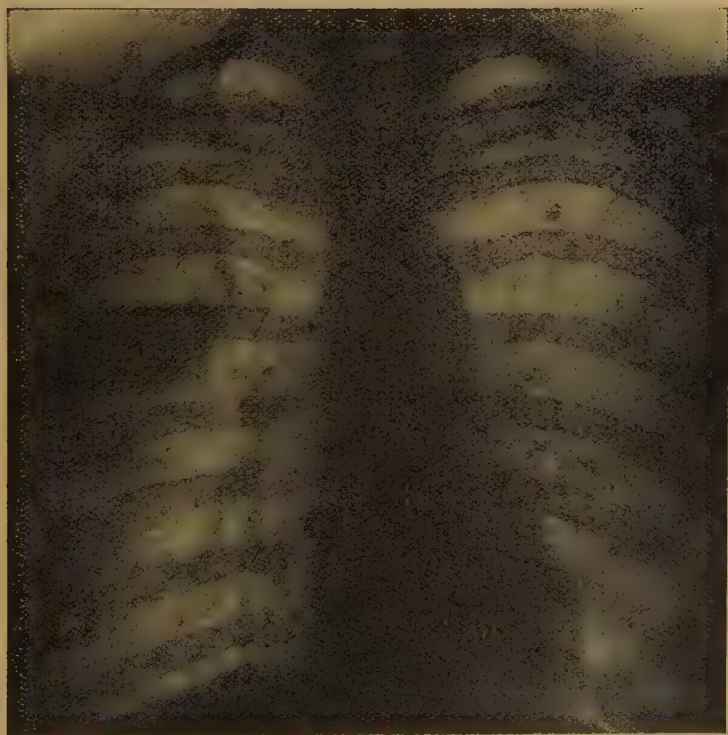


FIG. 3

nettes, n'ont cependant pas la régularité linéaire et l'opacité des images précédentes.

Ces images sont variables dans leurs dimensions, nous en reproduisons deux cas : l'un est un petit abcès du poumon droit, isolé au centre d'un parenchyme sans réaction péri-focal (fig. 2) ; l'autre est un abcès plus volumineux tangent à la paroi pleurale : abcès sous-costal (fig. 3).

Dans les deux cas le niveau liquidien horizontal coupant la cavité à moitié, forme la limite supérieure d'un culot hydrique dont l'opacité tranche nettement sur le parenchyme non condensé qui l'entoure.

B. IMAGE HYDRO-AÉRIQUE DANS UNE ZONE DE CONDENSATION.

Dans ces cas, au sein d'une plage d'hépatisation pulmonaire plus ou moins dense, en général dans le cas d'abcès simple assez sombre — se dessine nettement en clair une poche — sa limite inférieure est horizontale.

Parfois l'ombre du culot liquidien est plus dense que l'opacité parenchymateuse péri-focale et dessine une image en demi-cercle, claire qui la surmonte, la figure arrondie hydro-aérique.

Parfois on ne peut apprécier la limite inférieure de l'ombre liquidienne qui se confond avec l'opacité de la plage d'hépatisation où elle apparaît.

L'étendue de la condensation parenchymateuse est variable, de même que sa localisation qui n'ont rien de caractéristiques.

Parfois elle affecte une topographie lobaire, mais

souvent dans ces cas la condensation n'atteint pas la scissure, et l'on peut voir, par exemple, dans une lobite supérieure droite au-dessous de la limite inférieure de la réaction hépatissante, une ombre scissurale.

C'est à cet aspect que Bezançon a donné le nom de signe de la réaction scissurale.

Tels peuvent être classés et schématisés les aspects de l'image hydro-aérique.

Cette figure hydro-aérique nette sous un quelconque de ses aspects est l'image la plus typique des collections purulentes intra-pulmonaires.

2° Images atypiques.

Mais cette image typique peut ne pas exister avec netteté et son absence ne doit pas faire écarter le diagnostic d'abcès du poumon.

Les clichés montrent souvent des images atypiques que nous allons maintenant étudier. Disons de suite que ces images apparaissent moins souvent dans les cas d'abcès simples que dans ceux d'abcès putrides.

a) NIVEAU LIQUIDE PLUS OU MOINS VISIBLE.

Parfois les clichés montrent une ombre plus ou moins homogène à limite plus ou moins nette traduisant un bloc d'hépatisation pulmonaire. Cette ombre plus ou moins étendue affecte des formes variables selon l'intensité du processus et selon sa localisation.

Sur une telle image de condensation pulmonaire, il faut rechercher le niveau (image linéaire sombre horizontale). Parfois il est nettement visible.

D'autres fois, un examen attentif sur négatoscope sera nécessaire.

Dans la zone d'opacité pulmonaire — qui n'a pas généralement l'apparence d'une plage de grande homogénéité — apparaît une petite clarté de limites plus ou moins floues.

A sa partie inférieure, une délimitation horizontale linéaire sombre constitue le niveau.

C'est une petite image, qui manque le plus souvent de contraste et qu'il faut en général rechercher.

Toutes les variétés de niveau sont possibles, depuis l'image linéaire franche, jusqu'à l'image peu caractéristique sur laquelle on hésite à se prononcer.

Dans certains cas un cliché de contrôle, pris le malade étant incliné, permettra de vérifier qu'une ombre linéaire traduisait bien un niveau horizontal.

Parfois on trouve dans une plage, plusieurs niveaux à étages différents, il s'agit de petits abcès multiples par infection broncho-pneumonique.

Quelles que soient ces modalités, cette image de niveau unique ou multiples des suppurations pulmonaires témoigne d'une petite perte de substance avec présence de liquide.

C'est en somme une forme atypique de l'image hydro-aérique.

b) AUTRES IMAGES ATYPIQUES.

Peu fréquentes dans les abcès simples elles peuvent néanmoins s'y rencontrer ; ce sont ces plages d'ombres non homogènes — où aucun niveau n'est visible — se

présentant comme une grisaille inégalement trouée de clartés dont les contours parfois se chevauchent — de petites taches claires multiples s'imprimant en clair sur les côtes (Kourislky).

Le bloc de condensation au sein duquel apparaît ce niveau est variable dans sa localisation, il peut être localisé à un lobe, sans que l'on puisse tirer aucun argument de sa topographie.

— Sa localisation à l'apex nous a paru particulièrement rare.

— A la partie moyenne, il réalise cette image suspendue qui autrefois imposait le diagnostic de pleurésie interlobaire.

— On le rencontre assez fréquemment à la base, et le niveau est parfois difficile à voir masqué qu'il est par une ombre de réaction pleurale.

LE LIPIODOL DANS LES ABCÈS SIMPLES

Par injection intra-trachéale, le lipiodol ne pénètre pas dans les poches abcédées. C'est là un fait d'observation contrôlé par un grand nombre d'auteurs. Même après bronchoscopie, selon la méthode américaine, il est très difficile de réussir une injection lipiodolée dans la cavité de l'abcès.

Nous avons montré par ailleurs l'intérêt que pouvait avoir, dans certains cas, l'injection lipiodolée transpariétale.

— Ainsi les images hydro-aériques d'abcès restent fermés à la pénétration du lipiodol. Les bronches s'in-

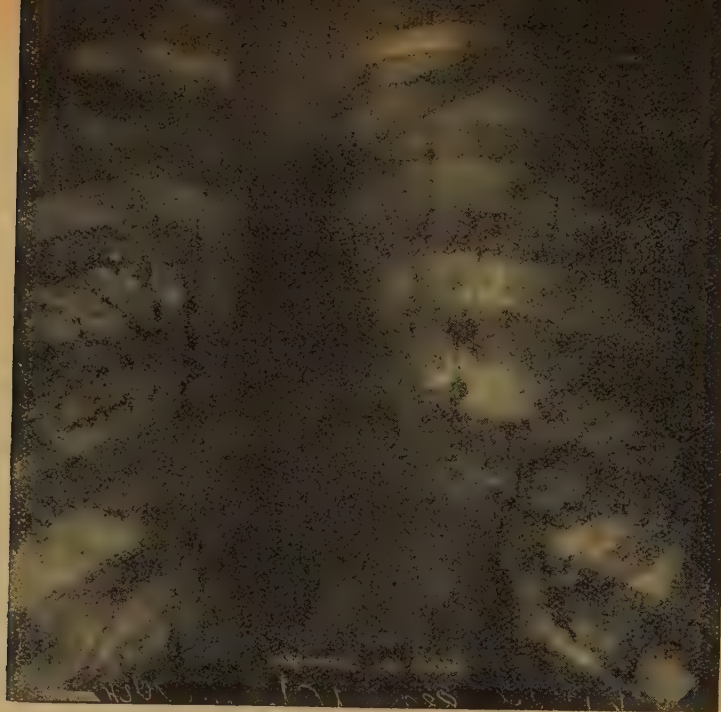


FIG. 4

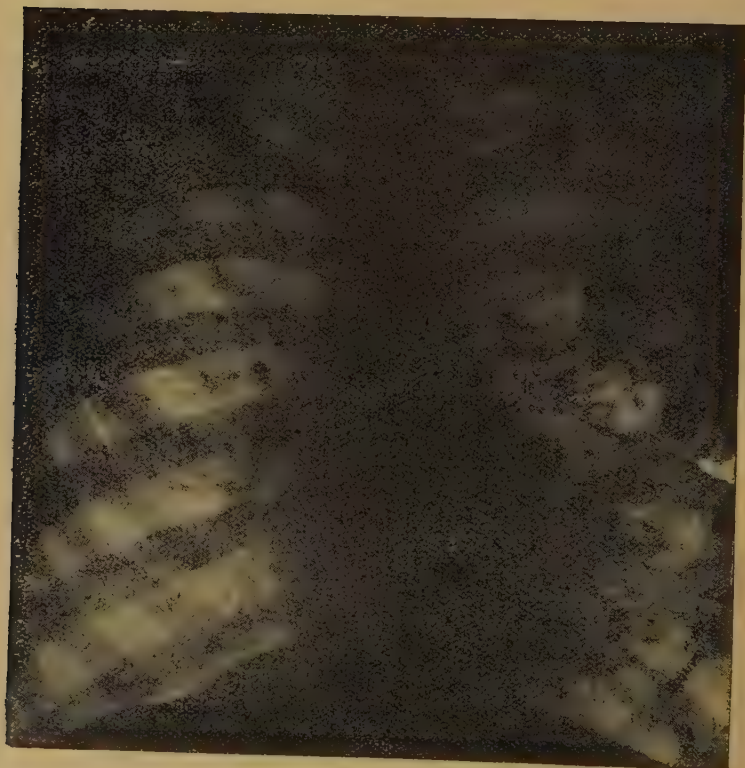


FIG. 5

jectent et parfois même on peut apercevoir la bronche de drainage « Elle est reconnaissable à ce qu'elle présente une coupure nette comme sectionnée au ras de l'ombre de l'abcès ».

En général dans les abcès simples les déformations bronchiques sont peu accentuées, les bronches apparaissent souvent normales.

— Dans les images de condensation inégalement trouées, le lipiodol ne dessine pas non plus les cavités des abcès.

Il existe cependant une exception. Ce sont les cas d'abcès péri-bronchiques par suppuration de foyers broncho-pneumoniques.

Nous reproduisons les radiographies d'un sujet avant et après l'injection lipiodolée. Le premier cliché (fig. 4) ne montre qu'une ombre indécise de la partie moyenne et inférieure du champ pulmonaire gauche.

Sur la deuxième radiographie (fig. 5) apparaissent les images caractéristiques des abcès péri-bronchiques : petites poches arrondies et opacifiées par le lipiodol sur le trajet des bronches.

ÉVOLUTION DES ABCÈS SIMPLES

Les radiographies prises en série permettent d'étudier les images des différentes étapes évolutives des abcès simples.

Image hydro-aérique.

On assiste parfois à la formation de l'image hydro-aérique se creusant aux dépens d'une condensation paren-

chymateuse. Tels peuvent être les cas, par exemple, d'abcès métapneumoniques.

Parfois l'abcès se constitue en une seule poussée et dès les premières radiographies l'image typique est constituée.

L'image hydro-aérique constituée ne reste pas immuable. Indépendamment de la possibilité des modifications dans la densité et l'étendue du bloc hépatisé, qui ne revêtent pas dans les abcès simples l'intérêt que nous préciserons dans les abcès putrides, l'image de poche abcédée change d'aspect : élévation du culot liquide dans les phases de rétention coexistant avec ascension de la courbe thermique, puis dans les phases d'évacuation, disparition presque complète du niveau liquidien.

Ainsi les abcès simples subissent des alternatives de déplétion et de réplétion, et les modifications de l'image trouvent leur explication dans un facteur purement mécanique de bon ou mauvais drainage.

Ainsi s'expliquent les images que l'on peut voir :

— de cavernes isolées : image qui apparaît sur un cliché suivant de près une évacuation purulente abondante ;

— de cavernes presque comblées avec disparition presque complète de la cavité claire aérique.

Rappelons qu'en général le drainage bronchique est d'autant meilleur que la poche abcédée se fistulise dans des bronches plus grosses, que les abcès sous-corticaux se drainent spontanément moins bien que les abcès profonds, c'est-à-dire plus rapprochés du hile.

Après des phases de rétention et d'évacuation succes-

sives l'évolution des abcès simples se fait en règle vers la guérison, soit par drainage spontané, soit par drainage chirurgical.

Les images hydro-aériques traduisant les suppurations les plus nettement limitées sont celles qui donnent le plus grand pourcentage de guérisons.

Radiologiquement, on assiste à une *restitutio ad integrum* avec disparition du liquide, disparition de la condensation de l'abcès, disparition de l'abcès. Le parenchyme pulmonaire récupère sa transparence, il n'y a pas ou peu de séquelles pleurales, même dans les abcès sous-corticaux. Le nettoyage radiologique est vraiment étonnant. De nombreux auteurs y ont insisté.

Tout au plus dans les abcès de la base, peut-on voir une adhérence broncho-diaphragmatique se traduisant par un festonnage de la coupole du muscle.

Même les abcès moins bien limités se traduisant par de grosses hépatisations avec un ou plusieurs niveaux, évoluent en règle vers la guérison, par drainage chirurgical. Parfois une dilatation des bronches secondaire se constitue mais qui ne met pas la vie du malade en danger. Seuls les cas où survient un processus gangreneux secondaire doivent faire poser de sérieuses réserves pronostiques.

CONCLUSIONS SUR LES ABCÈS SIMPLES

Les diverses modalités des images radiologiques des abcès simples peuvent trouver une explication dans les notions anatomiques des processus de suppuration. En

effet on connaît les étapes classiques qui donnent lieu aux abcès pulmonaires à pyogènes.

1° Hépatisation pneumonique ou bronchopneumonique se traduisant par une plage de condensation plus ou moins homogène ;

2° Suppurations consécutives dont les produits s'éliminant par expectoration laissent une cavité parenchymateuse.

Les données évolutives se résument à deux possibilités :

— ou bien, il s'agit d'une infection très grave dont l'organisme ne peut pas faire les frais et la mort survient par infection générale. C'est le cas de beaucoup le plus rare où l'abcès ou les abcès pulmonaires ne sont que des épiphénomènes au cours d'une septicémie ;

— ou bien l'infection est compatible avec la survie et un abcès pulmonaire le plus souvent unique se constitue en une seule poussée. Le sort ultérieur de cet abcès est dominé uniquement par le drainage. Un facteur purement mécanique d'évacuation des produits de suppuration tient sous sa dépendance l'aggravation ou l'amélioration des symptômes. Le malade est ici à l'abri des poussées évolutives.

On est dans les conditions des abcès à pyogènes habituels, quelquefois leur siège qui, ouverts et drainés par un processus spontané ou par une intervention chirurgicale, guérissent avec un minimum de séquelles.

L'ES IMAGES RADIOLOGIQUES DES ABCÈS PUTRIDES

A l'inverse des abcès simples, la traduction radiologique des abcès putrides est moins fréquemment une image hydro-aérique que des zones de condensation plus ou moins floues dont nous préciserons les caractères.

Image hydro-aérique

Certes, on peut trouver dans les abcès putrides, cette image typique des collections intra-pulmonaires, mais à bien considérer ce qui constitue le culot sombre, ce n'est pas une nappe de liquide mais une condensation surmontée par une petite couche liquidienne et la meilleure preuve en est donnée par ces images successives où l'on voit un niveau liquide se tarir et l'opacité persister.

Dans des cas où les faits anatomiques ont pu être constatés chirurgicalement, nous avons pu contrôler ces données. A l'ouverture du foyer s'échappaient les débris d'un tissu nécrotique destiné à être éliminé et dont l'évacuation se faisait au fur et à mesure par liquéfaction suppurative.

On comprend devant les images hydro-aériques d'abcès putrides qu'il soit rare de mettre en évidence, à la radioscopie, une succession du liquide.

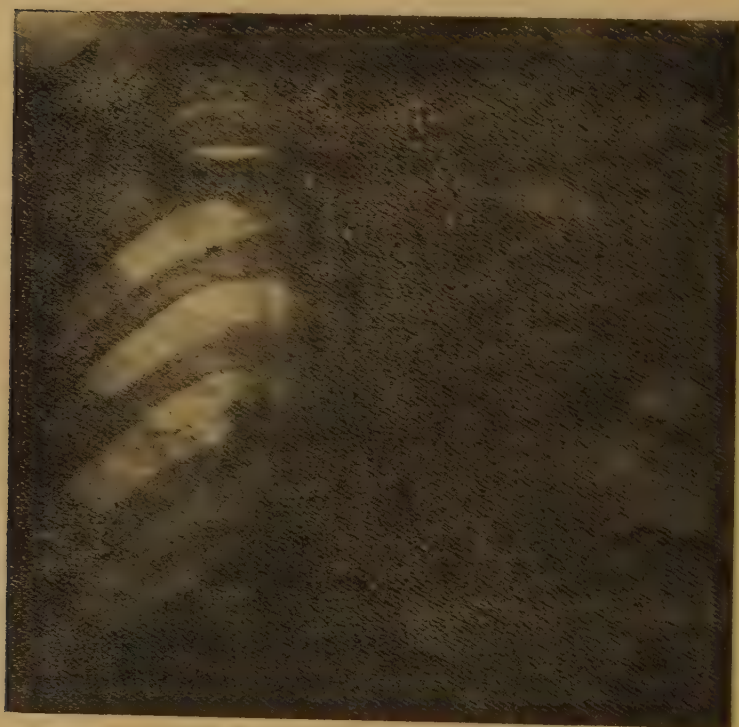


FIG. 6

L'analyse de ces images hydro-aériques permet d'y reconnaître des particularités.

— l'irrégularité des contours à aspect frangé qui, s'ils peuvent, dans certains cas, donner l'impression d'un double contour, ne prennent jamais cette appa-

rence de régularité linéaire comme tracée au compas que l'on rencontre dans les abcès simples.

— le peu d'opacité radiologique de ces ombres.



FIG. 7

Nous donnons les reproductions de trois images hydro-aériques d'abcès putrides d'aspects différents.

Sur la première de ces radiographies (fig. 6) apparaît une grosse poche d'abcès du poumon gauche avec niveau hydro-aérique net sous-claviculaire. L'ombre li-

quidienne se différencie mal de la réaction hépatisée péri-focale. Celle-ci a envahi la presque totalité du champ pulmonaire gauche.

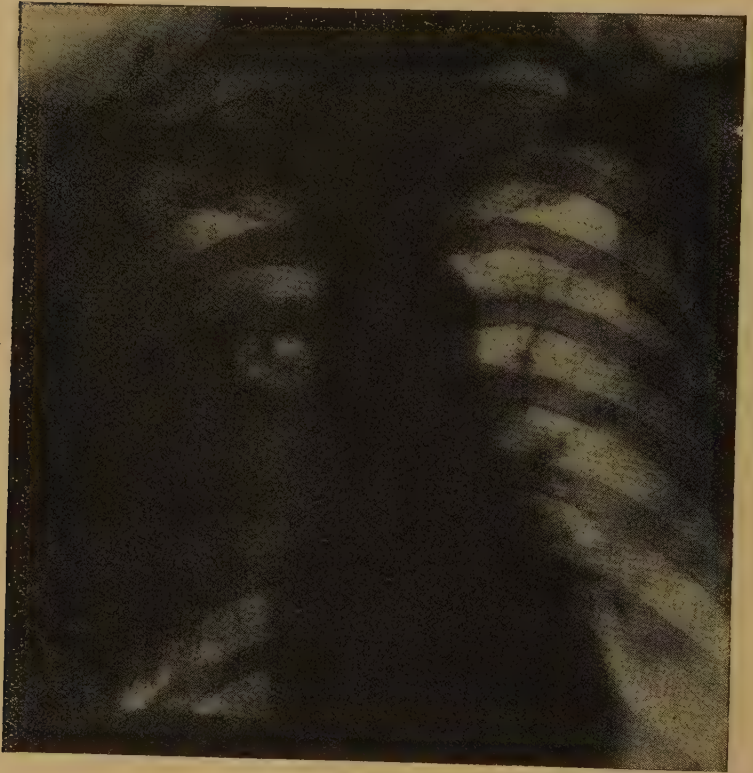


FIG. 8

Le deuxième cliché (fig. 7) montre un abcès occupant la partie moyenne du champ pulmonaire droit avec image hydro-aérique ovale sous la clavicule. Le culot liquidien apparaît très sombre mais la clarté de la bulle

aérique ne tranche pas sur l'aspect floconneux de la réaction parenchymateuse à limites floues.

La troisième radiographie (fig. 8) est celle d'un abcès putride du poumon droit. Il se traduit par une ombre étendue à contours flous, non homogène, peu dense, et qui intéresse le lobe inférieur et déborde sur le lobe supérieur. On aperçoit au centre de l'image une figure hydro-aérique, cavité claire, dont la limite inférieure est limitée par une petite ombre liquidienne horizontale.

2° Images atypiques

Mais les clichés d'abcès putrides montrent beaucoup plus fréquemment des images atypiques et incomplètes.

CAVITÉ ISOLÉE.

Il n'est pas rare de voir une image arrondie, isolée, sans culot sombre, dont les contours sont dessinés de façon assez floue et qui apparaît creusée aux dépens d'une zone très peu opaque. Les bords de la cavité frangés donnent l'impression de cavité anfractueuse.

Nous donnons la reproduction d'une image de caverne isolée, se dessinant dans un parenchyme d'apparence floconneuse et très faiblement condensée. Il n'y a pas de niveau liquidien visible (fig. 9).

OPACITÉ TROUÉE DE PETITES CLARTÉS.

Les abcès putrides ne donnent le plus souvent pas de condensation opaque et homogène, mais se traduisent fréquemment par une zone d'ombre floue, une sorte de

« territoire trouble », selon l'expression de Sergent et Bordet. Les limites n'en sont pas franches mais plus ou moins « indécises et frangées ».

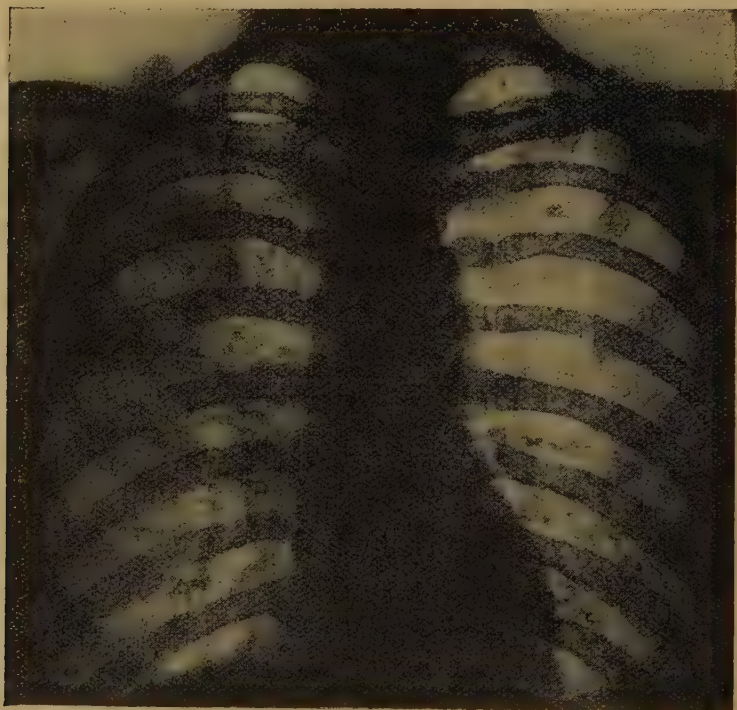


FIG. 9

Dans cette zone d'ombre non homogène, apparaissent plusieurs petites clartés plus ou moins arrondies « taches claires s'imprimant sous les côtes sous forme de cachets ».

Le cliché (fig. 10) reproduit l'image d'un abcès du

lobe supérieur droit : image de lobite supérieure trouée de clartés dont les contours se projettent les uns sur les autres et semblent s'imprimer sur les ombres costales.

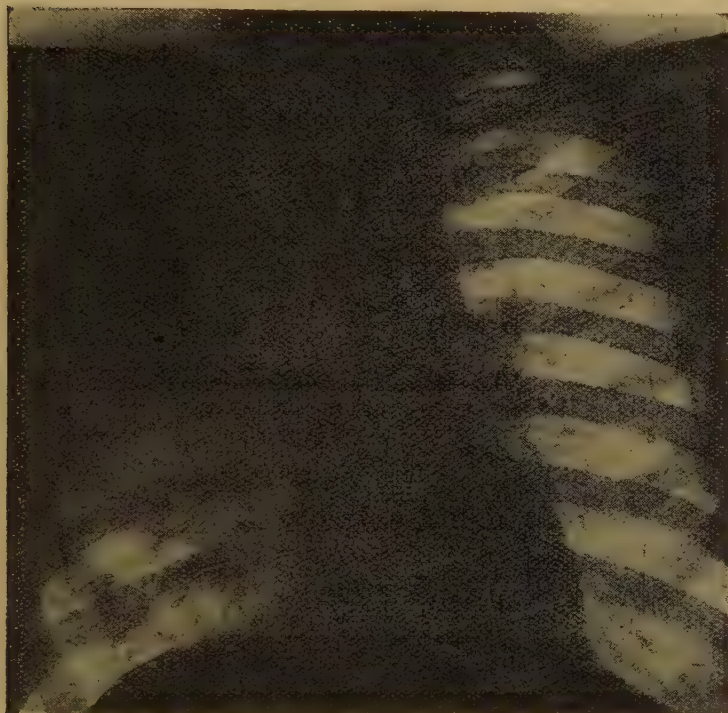


FIG. 10

Une grisaille floconneuse envahit la partie supérieure du lobe inférieur.

CONDENSATION SIMPLE.

Dans certains cas il s'agit d'une condensation assez dense où n'apparaît aucune clarté permettant de parler

de perte de substance. L'intervention chirurgicale a montré sur de tels cas qu'il s'agissait souvent de cavités comblées. Le chirurgien, à l'ouverture de semblables

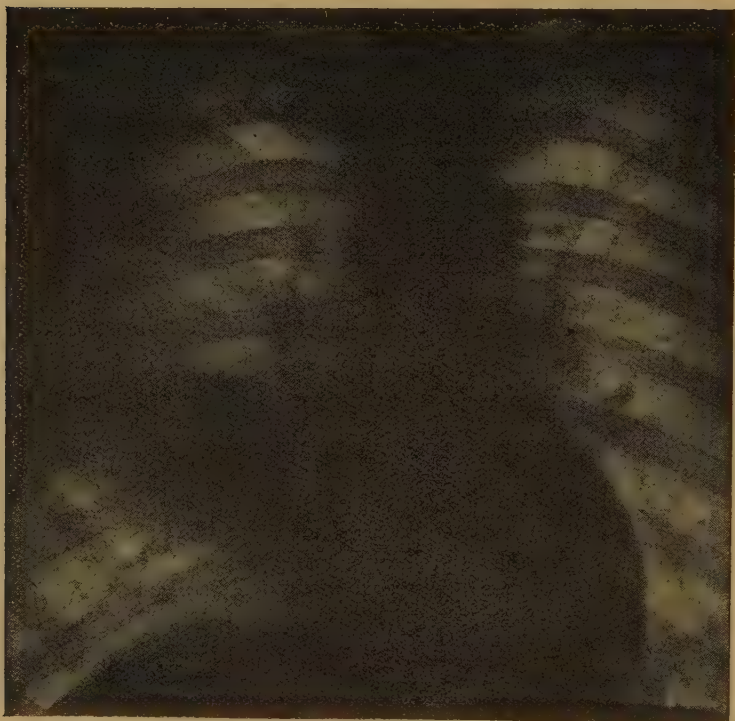


FIG. 11

foyers, voyait s'écouler du pus et des débris nécrotiques qui, éliminés, laissaient apparaître une cavité.

Le cliché (fig. 11) est un type typique de condensation du lobe moyen : image opaque barrant transversalement le champ pulmonaire droit, triangle à base hilare, à

pointe juxta-axillaire. L'intervention chirurgicale prouva dans ce cas qu'il s'agissait d'une cavité comblée, ainsi qu'en témoigne le compte-rendu opératoire que nous publions à l'appendice « observations ».

LE LIPIODOL DANS LES ABCÈS PUTRIDES

De même que dans les abcès simples, l'injection intra-trachéale de lipiodol ne permet pas d'opacifier la cavité des abcès putrides. Le lipiodol injecte les bronches et s'arrête à la limite de la zone de l'abcès.

La même exception persiste ici que dans les abcès simples : la possibilité d'abcès péribronchiques, mais cette éventualité est rare.

Dans certains cas, apparaissent de petits culots lipiodolés d'interprétation difficile.

Mais les injections de lipiodol peuvent révéler des ectasies bronchiques et le problème est de savoir quel est le processus le plus ancien : l'abcès ou la dilatation des bronches. S'agit-il de bronchiectasie abcédée ou d'abcès bronchiectasiant?

Nous reproduisons deux radiographies d'un sujet prises au début et à la fin d'un processus suppuratif.

La figure 12 correspond « à la phase de début d'une collection purulente de la région scissurale droite ». A la suite de rémissions et de poussées, on put suivre par le radio-diagnostic par le lipiodol, le développement progressif des ectasies bronchiques secondaires. Le cliché (fig. 13) pris quatre années après le premier,

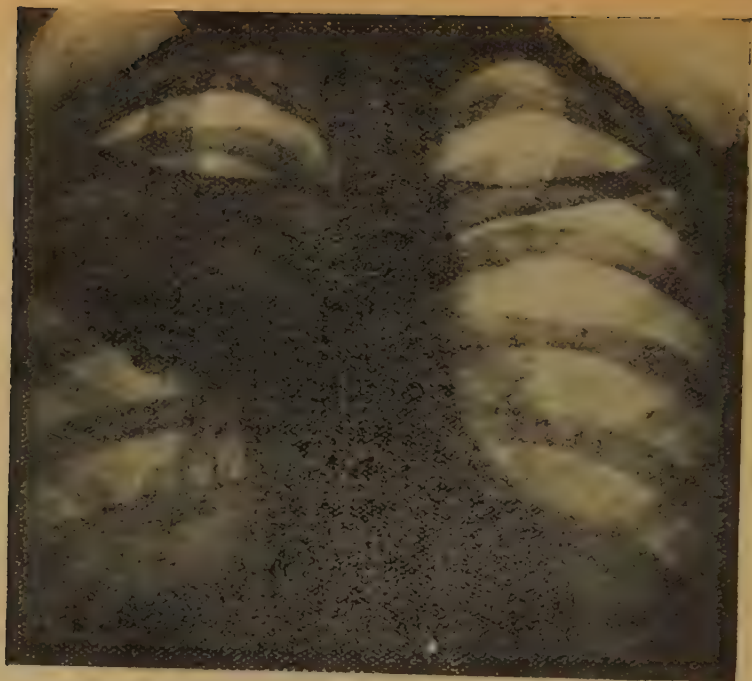


FIG. 12



FIG. 13

montre ces images typiques de grosses dilatations bronchiques sacciformes.

On n'assiste pas toujours à l'étape de développement de ces bronchectasies. Les clichés (fig. 14 et 15) montrent des images de coexistence d'abcès pulmonaire et de dilatation des bronches. La première radiographie représente un abcès pulmonaire putride de la base gauche d'un enfant de onze ans, deux niveaux superposés sont visibles.

Après injection de lipiodol, de larges plages sombres apparaissent, véritables lacs lipiodolés témoignant d'une dilatation bronchique accentuée. On remarque que le lipiodol n'a pas pénétré dans les poches abcédées.

EVOLUTION DES ABCÈS PUTRIDES

GUÉRISON.

Les abcès putrides, moins fréquemment que les abcès simples, évoluent vers la guérison. Les radiographies en série montrent alors une diminution progressive de l'étendue et de l'opacité des images, mais il faut se méfier des remaniements trompeurs qui paraissent montrer un début de régression des lésions.

La disparition d'une cavité au sein d'une plage opaque ne permet pas de porter un pronostic radiologique favorable tant que persiste la condensation. On ne pourra parler de guérison radiologique qu'après avoir constaté la disparition de la cavité et de la zone de condensation. Encore faut-il être prudent et se méfier. Même après un nettoyage radiologique très important, on n'est pas en



FIG. 14



FIG. 15

droit de dire, sur de simples documents radiologiques, qu'un foyer de suppuration est complètement éteint.

REMANIEMENT RADIOLOGIQUE.

Un grand nombre d'abcès putrides ont tendance à évoluer vers la chronicité. On assiste alors au cours de ces formes subaiguës à rechutes, à des remaniements radiologiques. Nous insisterons sur l'interprétation de ce remaniement qui, envisagé d'une façon trop optimiste, peut créer de faux espoirs. Il importe d'en connaître l'exacte valeur pronostique pour ne pas annoncer une évolution favorable devant des images qui souvent sont le prélude d'une aggravation.

La disparition radiologique d'une cavité primitivement visible au sein d'une tache de condensation ne permet pas d'affirmer sa disparition anatomique, et il ne faut pas tirer de cette disparition d'image speluncaire des conclusions d'évolution favorable. Lorsque la plage opaque persiste, alors que la cavité a disparu, celle-ci est simplement comblée, et devant de telles images, on est dans la nécessité de conclure, non pas à une amélioration, mais à une aggravation. En effet, dans ces cas, on assiste à une extension radiologique.

Cette extension se produit sur les films ultérieurs :

1) Par l'agrandissement en « tache d'huile » de la zone opaque vers la périphérie ; la zone d'accroissement étant représentée par une frange souvent très faiblement opaque ;

2) Par l'apparition au sein de l'ombre opaque de cavités multiples, souvent peu visibles. Elles apparaissent

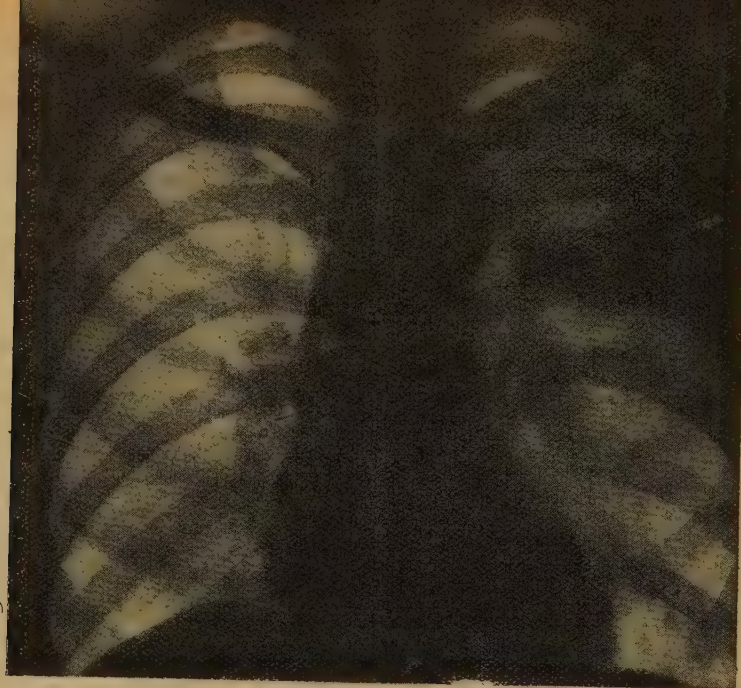


FIG. 16

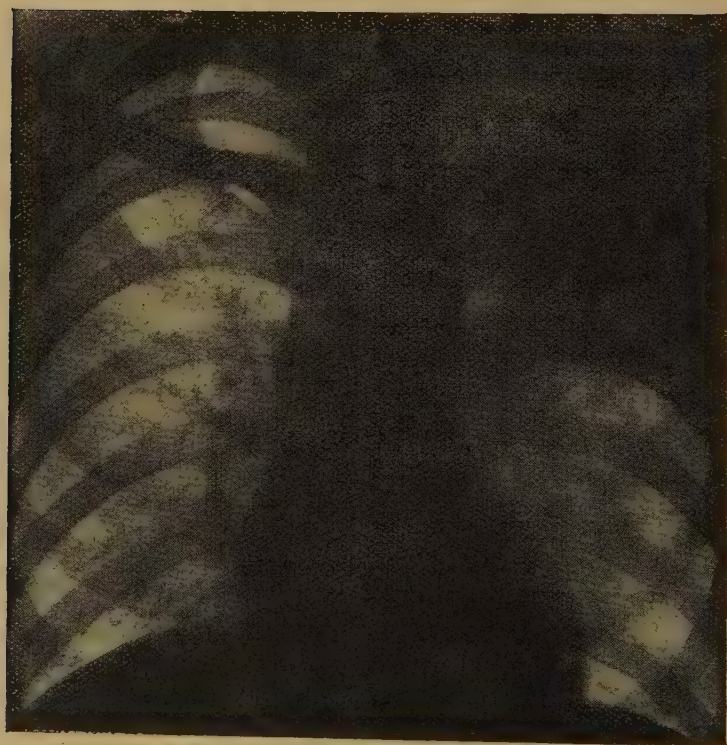


FIG. 17

comme de petites clartés s'imprimant circulairement en clair par dessus les ombres costales, caractère radiologique qui rappelle l'aspect des spéluncules tuberculéuses récemment excavées ;

3) Enfin, on assiste dans un certain nombre de cas, à la réapparition d'une cavité, soit au même siège que la cavité antérieure, soit de sièges différents ; parfois agrandies, mais sans que l'on doive accorder une valeur quelconque aux rapports des dimensions de la cavité nouvelle à celles de l'ancienne.

Nous reproduisons des radiographies sur lesquelles apparaissent de semblables remaniements, et dont les images furent contrôlées chirurgicalement. Il s'agit d'un abcès putride du lobe supérieur gauche (fig. 16). Au cours de l'évolution la cavité disparaît et l'opacité persiste (fig. 17). Quelques jours plus tard les signes cliniques s'aggravent. Un cliché montre la réapparition de l'image cavitaire (fig. 18). Sur un dernier cliché on peut constater l'extension de l'ombre opaque non homogène à tout le lobe (fig. 19).

EVOLUTION VERS LA SCLÉROSE.

Lorsque l'évolution des abcès putrides chroniques se prolonge, on voit apparaître des signes radiologiques de sclérose. L'évolution scléreuse les lésions parenchymateuses se traduit par des opacités diffuses et denses, au sein desquelles persistent des pertes de substance. La clarté trachéale est déviée, attirée vers le foyer de sclérose.

Le rapprochement costal et l'augmentation de l'obli-

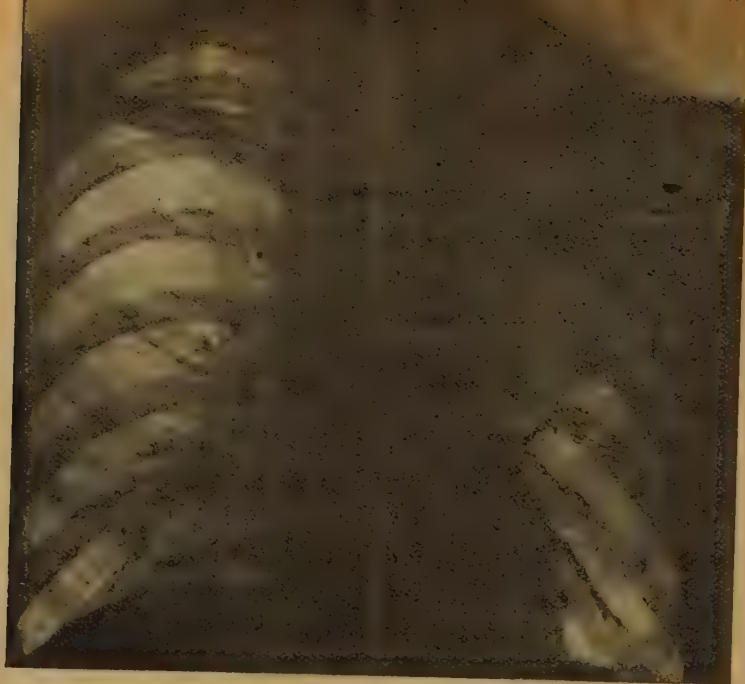


FIG. 18

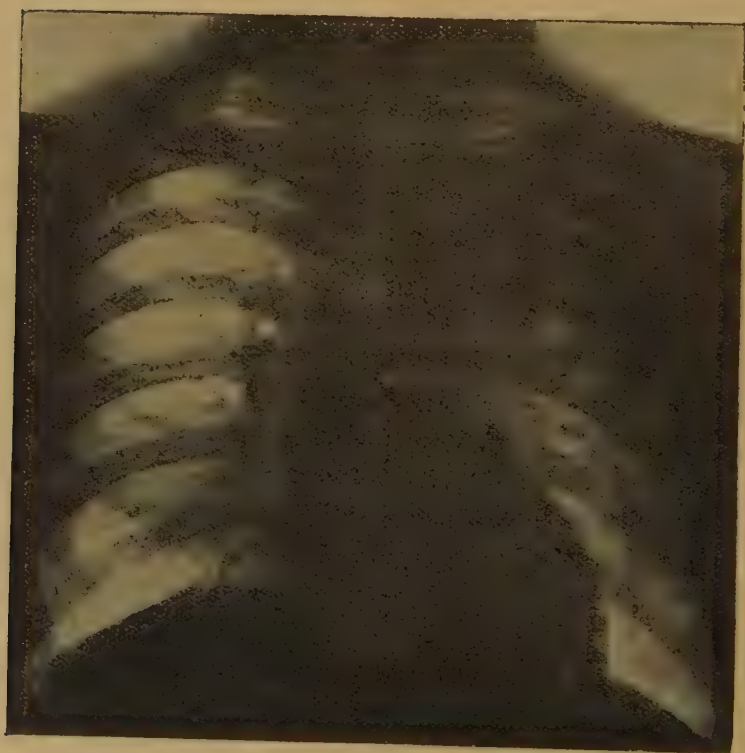


FIG. 19

quité des côtes, l'ascension diaphragmatique traduisent la rétraction hémi-thoracique.

Des ombres diffuses étendues témoignent de la participation pleurale. La coupole diaphragmatique se déforme.

Les bronches subissent des modifications sous l'influence de cette sclérose rétractive. L'exploration lipiodolée montre les étapes successives de cette perturbation morphologique. Tout d'abord, il y a dislocation bronchique avec bouleversement de la disposition architecturale des bronches, altération de leur armature et distension, puis les radiographies en série après lipiodol permettent de suivre le développement progressif des bronchectasies secondaires.

Ce sont ces cas où un abcès du poumon qui passe à l'état chronique provoque, par l'action d'une bronchopneumonie sclérosante, des ectasies bronchiques secondaires pour lesquelles Sergent a proposé le nom d'« abcès bronchectasians ».

CONCLUSIONS DES ABCÈS PUTRIDES

Les particularités radiologiques de l'évolution des abcès putrides chroniques correspondent étroitement à l'évolution anatomo-pathologique de ces suppurations. Celles-ci mettent en jeu les trois processus de nécrose, de suppuration et de sclérose :

— Le processus initial est celui de nécrose. Il se produit au sein d'un foyer de nature bronchopneumonique. Celui-ci se traduit radiologiquement, au début, par une

image de condensation simple, de topographie variable.

Anatomiquement, la majeure partie de l'image radiologique représente, non pas, une zone hépatisée susceptible de régresser, mais une zone déjà nécrosée et destinée à être éliminée :

— Le processus second est la suppuration. Il représente la tentative spontanée de l'organisme pour évacuer l'escarre nécrotique par une véritable dissolution suppurée.

Radiologiquement, cette phase se traduit par l'excavation de la zone opaque en une quelconque de ses modalités (clartés simples, image annulaire, image hydro-aérique ou niveau).

Anatomiquement, la suppuration ne réussit jamais qu'à liquéfier une partie du tissu nécrosé. Ainsi est-il impossible d'identifier cavité anatomique et cavité radiologique. Celle-ci ne représente en effet que la partie libre injectée d'air de la première.

— Le processus de sclérose entre en scène le dernier et tente de limiter le foyer. Ses premiers stades ne peuvent être décelés radiologiquement.

Ainsi les images radiologiques évolutives trouvent leur explication par l'interprétation à la lumière de ces données du processus anatomique.

— La disparition radiologique de la cavité, alors que persiste l'opacité, correspond à l'extension du processus de condensation bronchopneumonique et au remplissage de la cavité par de nouveaux débris nécrotiques.

Elle a donc en réalité la signification d'une poussée évolutive.

Sur ce nouveau terrain nécrosé, la liquéfaction suppurée creuse de nouvelles images claires ou aboutit à la reconstitution de la cavité ancienne agrandie, remaniée.

Ainsi dans l'évolution des abcès putrides chroniques, la notion de poussées évolutives péri-cavitaires prend une place importante. Elle rend compte dans ces suppurations fétides des recrudescences fébriles, des remaniements radiologiques bien mieux que l'ancienne conception mécanique de bons ou mauvais drainages. Si cette conception de cavités ouvertes ou fermées reste exacte dans les cas des abcès simples, l'interprétation clinique et radiologique des abcès putrides chroniques doit se faire, à notre avis, par la notion des poussées évolutives successives péri-focales.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici les observations d'abcès putrides auxquelles se réfèrent les radiographies 11, d'une part, 16, 17, 18, 19 d'autre part.

Obs. I (fig. 11). — Del..., 38 ans, conducteur d'auto-bus, atteint d'un abcès putride du lobe moyen droit depuis le 15 novembre 1929. Hospitalisé dans le service depuis le 3 juin 1930, au cours d'une poussée aiguë avec vomique.

La collection paraissant d'abord difficile, on décida le 10 septembre une phrénicectomie droite qui est suivie d'une amélioration considérable. L'expectoration se tarit complètement et le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Nouvelle hospitalisation en décembre 1930, les accidents ayant repris (fièvre, expectoration).

La radiographie montre la même image triangulaire, opaque, à base hilare, à pointe juxta-axillaire qui s'est reproduite à chaque poussée depuis le début de la maladie. On ne voit pas d'image cavitaires. Le diaphragme en toit et très élevé par la phrénicectomie, affleure l'ombre parenchymateuse (fig. 11).

L'intervention est décidée : le premier temps (brèche thoracique en regard de l'abcès, création d'adhérences pleurales au moyen du badigeonnage iodé et de la gaze iodoformée) est pratiqué le 17 décembre. Le 2^e temps (ouverture de l'abcès) a lieu le 23 décembre (opérateur, Dr Baumgartner ; aide : Dr Kourilsky ; anesthésie locale). L'incision est faite au thermocautère ; on pénètre à 3 cm. de profondeur dans un tissu grisâtre qui, bientôt, à la surprise de l'opérateur, s'entr'ouvre et fait place à des débris fétides inclus dans une cavité. Une large brèche en croix est alors pratiquée : par l'ouverture ainsi béante sont éliminés des fragments de parenchyme nécrosés baignant dans un pus fétide peu abondant. Les plus profonds des fragments sont facilement ramenés par la curette. L'évacuation terminée on aperçoit une cavité triangulaire où peut glisser une main d'enfant ; au fond de la cavité battent les vaisseaux du pédicule bronchique. Aucune exérèse pariétale n'a été faite. L'intervention, techniquement difficile dans cette région dangereuse, s'est bornée au drainage et au curettage des parois.

Le malade a ultérieurement guéri et sortait le 20 mai de l'hôpital en bon état, mais encore porteur d'une fistule bronchique.

Obs. II (fig. 16, 17, 18, 19). — M..., 40 ans, manœuvre, Portugais, atteint depuis mai 1929, d'un abcès putride du lobe supérieur gauche.

Il est hospitalisé à la Charité. Devant l'inefficacité du traitement médical, l'intervention chirurgicale est proposée mais le malade la refuse.

A ce moment se déclanche une rémission spontanée remarquable. La spelunke disparaît mais l'opacité persiste. Le malade est mis en garde contre une recrudescence des accidents.

Celle-ci se produit avec une vague fébrile après la radiographie précédente. Sur les clichés, on voit alors la réapparition d'une image cavitaire.

Durant un mois et demi, la poussée subfébrile se déroule. Une radiographie prise alors montre l'extension de la plage opaque à tout le lobe, la production à la partie inférieure de la condensation d'une frange opaque très discrète. Au sein de l'opacité se révèle une image claire s'imprimant par dessus les ombres costales ».

L'image reste stationnaire durant trois mois et demi environ. A ce moment, une nouvelle évolution se déclanche avec amaigrissement, fièvre et grosse expectoration. Inquiet, le malade demande l'intervention.

Malgré la gravité prévue de celle-ci, il fallait jouer ce seul espoir.

Le 20 mai, l'intervention est pratiquée : on envisage une lobectomie du lobe supérieur gauche (opérateur : Dr Baumgartner, aide : Dr Kourilsky, — anesthésie générale).

Quatre jours après le premier temps, on pénètre dans le parenchyme pulmonaire, que l'on trouve dur, scléreux, excavé. On tente une extraction du lobe supérieur en décollant au doigt l'apex très adhérent de haut en bas, dans l'espoir de pédiculiser complètement le

lobe et de pouvoir mettre sur le pédicule un lien élastique suivant la technique de Sauerbruch.

Au cours du décollement interne le long du médiastin, malgré les toni-cardiaques, le collapsus s'installe, l'intervention est interrompue. Le malade, reporté dans son lit, meurt 3 heures après malgré les soins persévérants.

La vérification anatomique a pu être faite en extrayant le lobe par la plaie opératoire. Le lobe supérieur gauche tout entier était évidé par une énorme cavité dont les limites correspondaient, sur la radiographie, à celles de l'opacité. La cavité était remplie de débris fortement adhérents.

Les parois étaient scléreuses, tomentueuses, saignantes et très rigides. Au pourtour inférieur existait une zone d'extension récente qui se creusait de petites cavités.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'image radiologique de l'abcès pulmonaire en général se présente sous les aspects suivants :

- images hydro-aériques, de dimensions et d'aspects variables, avec ou sans réaction hépatissante péri-focale;
- images atypiques, constituées par la présence au sein d'un bloc de condensation, soit d'un ou de plusieurs niveaux, soit de simples taches claires dont nous avons précisé les caractères.

Dans les abcès simples l'image de beaucoup la plus fréquente et qui mérite de devenir classique, est l'image hydro-aérique. Ces alternatives de déplétion et de réplétion sont exclusivement fonction du drainage.

Dans les abcès putrides, l'image hydro-aérique est beaucoup moins fréquente que les images atypiques :

- condensation simple, et nous avons trouvé qu'un certain nombre d'images radiologiques dites « de condensation » correspondaient anatomiquement à des cavités ;
- condensation où des clartés dont les contours plus

ou moins arrondis se projettent les uns sur les autres, donne l'impression de zone trouble inégalement trouée.

La radiologie donne un reflet beaucoup plus infidèle de l'évolution de ces abcès putrides que celle des abcès simples.

On peut poser, en principe, que les abcès putrides sont toujours mal drainés (difficulté de l'évacuation du tissu nécrosé par les bronches).

Les remaniements radiologiques doivent être ici interprétés, non par des alternatives de bon et de mauvais drainage, mais en fonction de la recrudescence ou de l'acalmie du processus de broncho-pneumonie nécrosante à la périphérie de l'abcès.

Nous insisterons sur l'interprétation pronostique de ces modifications radiologiques évolutives des abcès putrides chroniques :

On se fonde trop souvent au cours de l'évolution des abcès putrides sur des modifications radiologiques d'interprétation erronée pour juger de l'efficacité d'un traitement médical ou pour différer une intervention chirurgicale.

La disparition radiologique d'une cavité, au sein d'une condensation, alors que celle-ci persiste, ne doit pas être interprétée comme une victoire thérapeutique ou une amélioration spontanée. Elle a, au contraire, la signification d'une poussée évolutive (focale ou péri-focale) et doit faire prévoir l'aggravation prochaine des lésions.

La disparition radiologique d'une cavité ne correspond à sa disparition anatomique que si la condensa-

tion péri-cavitaire disparaît en même temps qu'elle.

L'intervention chirurgicale découvre, en règle générale, une cavité toujours bien plus grande que la radiologie ne le faisait prévoir et permet de constater qu'une grande partie de l'opacité péri-cavitaire correspond à un parenchyme nécrosé destiné à être éliminé.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la Bibliographie jusqu'en 1927, consulter Kourilsky, les abcès du poumon (*Thèse Paris*, 1927, Arnette, éditeur).

Pour la Bibliographie après 1927, nous ne mentionnerons que les publications ayant un intérêt pour le radio-diagnostic de l'abcès du poumon.

ACHARD. — Abscès aigu du poumon (*Journal des Praticiens*, n° 38, 21 septembre 1929).

ALPERIN. — Diagnostic et évolution des abcès aigus et chroniques de la gangrène des poumons (*Klinische Mediz.*, juin 1928).

AMEUILLE et DARBOIS. — Exploration radiologique des cavernes pulmonaires par les injections de lipiodol transpariétales (III^e Congrès intern. de Radiol., Paris, juillet 1931. In *Presse méd.*, 3 octobre 1931).

AMEUILLE et HUGUENIN. — Sur le diagnostic des cavernes cancéreuses du poumon (*Soc. méd. des Hôp.*, 29 novembre 1929).

AUBERT. — Localisation des suppurations intra-thoraciques (*Soc. chir. Marseille*, avril 1930).

BARTHELEMY et ROUSSEAU (Nancy). — Abscès pulmonaire opéré et guéri par pneumotomie (*Soc. de chir.*, Paris, 18 mars 1931).

BAUMGARTNER et Et. BERNARD. — Abscès gangreneux pulmonaire, pneumotomie, guérison depuis dix mois (*Soc. méd. des Hôp.*, 21 mars 1930).

J. BELOT et G. PENTEUIL. — Les opacités arrondies intra-thoraciques (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, n° 10, 10 octobre 1930, t. XIV).

BÉRARD. — Abscès pulmonaire résiduel à pneumocoques (*Soc. chir. de Lyon*, 6 novembre 1930).

L. BERNARD et PELLISSIER. — L'autopyovaccin dans le traitement des suppuration pulm. putrides (*Soc. méd. des Hôp.*, 16 novembre 1931).

Et. BERNARD et DESBUCQUOIS. — Abscès gangreneux du poumon et spirochètes (*Soc. méd. des Hôp.*, 4 mai 1928).

Et. BERNARD PATOUREL, DECOURT et LOUVET. — Sur les abcès putrides du poumon et leur évolution apparemment favorable du traitement par l'émétine (*Soc. méd. des Hôp.*, 24 avril 1931).

Et. BERNARD. — Les vomiques tardives au cours des abcès du poumon (*Paris Médical*, n° 8, 21 février 1931, p. 184).

Et. BERNARD. — Sur l'évolution des abcès du poumon (*Semaine des Hôp. de Paris*, 15 janvier 1929).

Et. BERNARD. — L'amibiase pulmonaire (*Semaine des Hôp. de Paris*, 28 février 1930).

BEZANÇON. — Les éléments du diagnostic des suppurations pulm. (*La Médecine*, mai 1929).

BEZANÇON et AZOULAY. — Aspects radiologiques des suppurations pulmonaires, le lipiodo-diagnostic (*La Médecine*, n° 9, juin 1929).

BEZANÇON et JACQUELIN. — Les grands abcès du poumon à pyogènes (*Paris Médical*, 16 mai 1929, n° 7, p. 167).

BEZANÇON, AZOULAY et DURUY. — Forme cavitaire d'un cancer primitif du poumon gauche, à type d'abcès putride (*Soc. méd. des Hôp.*, 20 décembre 1929).

BEZANÇON, CAYLA et Mlle SCHERRER. — Gangrène pulmonaire aiguë. Faux aspect radiologique de pleurésie interlobaire (*Soc. méd. des Hôp.*, 4 mai 1928).

BOIDIN et Mlle FONTAINE. — Grand abcès pulmonaire au cours d'une infection traînante à staphylocoques. Guérison spontanée (*B. M. Soc. méd. des Hôp.*, juillet 1928).

BONNAMOUR, BADOLLE et GAILLARD. — Le radiodiagnostic dans les affections bronchopulmonaires par le lipiodol (*Expansion scient. franç.*, Paris, 1929).

BORDET Fr. — Suppurations pulmonaires (*Vie Médicale*, 25 novembre 1929).

BORDET Fr. — Exploration lipiodolée dans la dilatation des bronches (*Archives médico-chir. de l'appareil respir.*, n° 2, 1931, p. 112).

BOWEN W. W. — Abcès du poumon (*Iowa State M. Soc Journ.*, mars 1929).

BRESSOT (Constantine). — A propos de cinq cas d'abcès du poumon dont quatre traités chirurgicalement par

pneumotomie (*Soc. de Chir. Paris*, 18 novembre 1931).

BROADBENT. — Empyème interlobaire (*The British Medical Journal*, n° 3676, 20 juin 1931, p. 1069).

BRONGNIART M. — A propos des abcès gangreneux chroniques du poumon sur le choix d'un traitement et sur les difficultés d'en poser les indications (*Thèse Paris*, 1927).

BRULÉ, LAPORTE et RAGU. — Deux cas d'abcès pulmonaire non amibiens améliorés par le traitement émétien (*Soc. Méd. des Hôp.*, 31 mai 1929).

CAIN et UHRY. — Un cas d'abcès pulmonaires multiples spontanément guéris (*Semaine des Hôp. de Paris*, 30 novembre 1928).

CARCASSONNE et JARICOT. — Abcès gangreneux du poumon (*Soc. nat. de méd. et des sc. méd. de Lyon*, 6 novembre 1929).

CATHALA et MAINCOT. — Cancer pulmonaire à forme d'abcès (*Soc. méd. des Hôp.*, 8 mai 1931).

R. CATTAN. — Evolution d'un abcès pulmonaire parapneumonique (*Soc. méd. des Hôp.*, 19 octobre 1928).

CAUSSADE DE G. — Deux cas d'opacité arrondie intrathoracique (*Soc. méd. des Hôp.*, n° 29, 1931).

CHRETIEN E. J. — Suppurations pulmonaires non tuberculeuses (*Thèse Bordeaux*, 1929-1930).

COQUELET. — Etude critique d'un cas complexe de suppuration thoracique, le syndrome de suppuration pulm. (*Le Scalpel*, 24 janvier 1931, n° 4, t. LXXXIV).

COQUELET. — Réflexions à propos de 22 cas de suppurations pulmonaires (*Bruxelles Médical*, 24 juin 1928).

CORMAN L. et BERGOUIGNAN. — Abscès du poumon (*Gazette des Hôp.*, n° 57, p. 103, 14 juillet 1928).

COSTANTINI, AUBRY et CURTILLET. — Trois cas d'abcès pulmonaire opérés (*Société de Chir. d'Alger*, 14 février 1929).

COTTABORDA et GASTON. — Pleurésie purulente et abcès du poum. (*Soc. de Chir. de Marseille*, juin 1929).

CRAWFORD J. — Abscès pulmonaire (*Atlantic Med. Journ.*, février 1928).

CREYX (Bordeaux). — Abscès du poumon et pleurésie interlobaire (*XX^e Congrès de Méd.* de Montpellier, octobre 1929, in *Presse médicale*, 13 mars 1929).

CURGHOD. — Un cas de gangrène pulmonaire guérie par collapsothérapie (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 11 avril 1931, n° 15, p. 355).

CUTLER E. C. — Production expérimentale de l'abcès pulm. (*Amer. J. Dis. Child.*, octobre 1929).

DARLEGUY et VIALARD. — Un cas de forme chronique de gangrène pulmonaire (*Soc. Méd. des Hôp.*, 10 novembre 1927).

DELMAS, MARSALET. — Gangrène pulmonaire subaiguë traitée par pneumothorax artificiel (*Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. CVIII, p. 627).

DONZELOT et ISELIN. — Pleurésies interlobaires et abcès du P. (*Presse Méd.*, 7 novembre 1931, p. 1625).

ESBACH. — Abscès du poumon guéri par évolution spontanée (*Soc. Méd. des Hôp.*, Paris 15 décembre 1927).

EGBERT O. et W. W. WAITE. — Abscès pulmonaire présentant des difficultés du diag. et du traitement : deux cas mortels (*Texas States Journ. méd.*, février 1929).

FERLE O. — Les abcès amibiens des poumons (*Thèse Paris*, 1928).

FIESSINGER et OLIVIER. — Lipiodol transpariétal.

FONTAINE. — A propos de 7 cas d'abcès pulmonaires traités chirurgicalement (Rapporté par Roux-Berger. *Soc. de Chirurgie*, Paris, 3 décembre 1930).

FRANK, S. DOLLEZ M. D. (Los Angeles). — The Diagnosis and treatment of Lung abscess (*California and Western med.*, January 1930, t. XXXII, n° 1).

A. HAMANT. — Les indications thérapeutiques dans les abcès du poumon (*LV^e Congrès de l'ass. franç. pour l'avancement des sciences*, Nancy, juillet 1931, P. M. 21 octobre 1931).

HAMBURGER. — La gangrène pulmonaire (*Journal des Praticiens*, 28 novembre 1931, n° 4, p. 788).

HARVIER et LICHTWITZ. — Forme suppurative de cancer hilaire du poumon (*Soc. Méd. des Hôp.*, 22 juin 1928).

HEAD. — Empyème avec fistule bronchique simulant abcès pulmon. et bronchectasie (*Surgery gynecology and obstetrics*, Chicago, t. LIII, p. 691).

HUET. — Diagnostic radiologique de la bronchectasie (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskuude*, n° 27, 5 juillet 1931, t. LXXIV).

HUBERT et BRANISTEANN. — Emétine et suppurations pulmonaires non amibiennes (*Presse Méd.*, n° 9 de 1930, p. 132-34).

HUGUENIN. — Les éléments radiologiques dans le diagnostic du cancer primitif du poumon (*III^e Congrès Internat. de Radiologie*, Paris, juillet 1931, et *Presse Médicale*, 3 octobre 1931, p. 1449).

HOUR D'. — Exploration des interlobes en radiologie pulmonaire (*Arch. médico-chir. de l'app. respirat.* 1931, n° 2, p. 114).

HOUR D'. et DESPLATS. — Syndrome splénopneumonique et pleurésie interlobaire gauche (*Soc. Méd. des Hôp.*, 19 octobre 1928).

HUGONOT, FRIESS et FROMENT. — Considérations sur les abcès pulmon. à propos de 3 observations (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 16 juin 1931).

HUTINEL J., RICHANCOURT et Mme COLLIN. — Abcès pulmonaire fétide du poumon (*Soc. de Pédiatrie*, 19 février 1929).

HUTINEL J. et VILLEMIN. — Abcès aigu du poumon, pyopneumoth. Guérison (*Soc. de Pédiatrie*, 19 février 1929).

HUTINEL J. et KOURILSKY. — Abcès embolique du poumon du lobe supérieur droit, guérison clinique et radiologique spontanée en six semaines (*Soc. Méd. des Hôp.* n° 31, 1930, p. 1645-53).

GABRIELLE M. — Abcès putride du poumon (*Soc. de chir. de Lyon*, 15 mai 1930).

GARIN CH. et BERNAY P. — Un cas d'abcès du poumon guéri spontanément (présentation de radiogr.) Pleurésie interlobaire post-pneumonique guérie par vomique (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 16 décembre 1930, in P. M. 7 janvier 1931).

GHENEVRIER J. — Abcès du poumon guéris spontanément (*Section d'études scient. de l'Œuvre de la Tuberculose*, 11 mai 1929).

GUINARD V. — Remarques à propos du « niveau li-

quide de déchet » signe radiologique absolu d'excavation ou de cavité pathologique au cours des affections bronchopulmonaires (*Revue de la tuberculose*, août 1928).

GOUNELLE H., Mlle C. JUNG et GUERICOLAS. — Suppuration pulmonaire à évolution favorable. Discussion thérapeutique (*Soc. de Méd. du Bas-Rhin*, 28 mars 1931).

GOUNELLE. — Guérison spontanée d'un abcès apical du poumon droit ayant comprimé le pneumogastrique et le sympathique (*Paris Médical*, 22 août 1931, n° 34, p. 149).

GRENET H., ISAAC-Georges et MEGARB. — Suppuration pleuro-pulmonaire, bronchoscopie, pleurotomie, guérison.

GUIBAL. — Traitement chirurgical des suppurations bronchopulm. (*Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditer.*, mai 1931).

GUILLEMINET, THIERS et Et. MARTIN. — Abcès gangreneux du poumon (*Soc. de chir. de Lyon*, 6 novembre 1930).

GUISEZ. — Du traitement des suppurations bronchopulmonaires par les méthodes directes (bronchoscopie, injections massives transglottiques) (*Paris Médical*, 28 janvier 1931, n° 13, p. 300).

JACHES L. — Sur la suppuration pulmonaire (2^e Congrès intern. radiol., Stockholm 23-27 juillet 1928).

JACQUELIN et DURUY. — Contribution à l'étude des abcès chroniques pulmonaires à pyogènes (*Annales de Méd.*, décembre 1929, n° 5).

JACQUELIN A. — Abcès du poumon à pyogènes. Etude

anatomoclinique, pronostic et traitement (*La Médecine*, juin 1929, p. 327).

JACQUELIN A. — Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon, utilité du pneumothorax artificiel dans le traitement précoce de ces suppurat. (*Soc. Méd. des hôp.*, 15 mai 1931).

JANBON M. — Traitement médical des suppurations bronchopulmon. (*Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerran.*, mai 1931).

LÉON-KINDBERG, CATTAN et ADIDA. — Recherches sur les spirochétoses putrides bronchopulmonaires (*Soc. Méd. des hôp.*, 4 mai 1928).

LÉON-KINDBERG M. L. — Les abcès du poumon (Masson, éd. Paris, 1928).

LÉON-KINDBERG M. L. — Suppurations pulmonaires et leur traitem. (*Sem. des hôp. de Paris*, 28 février, 15 mars 1929).

LÉON-KINDBERG. — Les méthodes actuelles de traitement des suppurations pulmonaires (*Science médicale pratique*, 1931, p. 393).

LÉON-KINDBERG et Robert MONOD. — Indications chirurgicales des suppurat. pulmonaires à propos de trois observations (*Soc. Méd. des hôp.*, 11 avril 1930).

LÉON-KINDBERG, DELBREIL et LAFFITE. — L'abcès bronchectasique (*Arch. méd. chirurg. appar. respir.*, III, n° 4, 1928).

KOURILSKY. — Injection de lipiodol dans les abcès pulmonaires (*Archives médico-chirurg. de l'app. respirat.*, n° 2, 1931, t. IV, p. 127).

LABBÉ Marcel. — Un cas d'abcès fétide du poumon

guéri rapidement et complètement par l'émétine (*Soc. Méd. des Hôp.*, 27 mars 1930).

LÆDERICH et POUMEAU-DELILLE. — Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine (*Soc. Méd. des Hôp.*, 15 février 1929, p. 295).

LANGERON. — Sur les suppurations pulmonaires (*Journ. de méd. de Paris*, 25 juin 1931, n° 26, p. 581).

LANGERON et D'HOUR. — Pleurésies enkystées et abcès du poumon, valeur diagnostique du lipiodol intra-pleural (*Revue de la Tuberculose*, n° 3, mars 1930, p. 347).

LANGERON et D'HOUR. — A propos du traitement médical des abcès du poumon. Documents cliniques et radiologiques concernant sept observations (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 7 septembre 1930, n° 36).

LANGERON et D'HOUR. — Documents iconographiques concernant l'évolution de six abcès gangreneux aigus traités médicalement (*Arch. médico-chirurg. de l'appareil respiratoire*, n° 6, 1930).

LAGUNA. — Gangrène pulmonaire. Son traitement par les injections intraveineuses de néosalvarsan (*Los Progresos de la clinica*, Madrid, n° 3, mars 1931).

LANDAU, FEIGIN et BAUER. — Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires à l'aide des injections intra-veineuses d'alcool à 35 % (*Presse Médicale*, n° 29, 11 avril 1931).

LAZEANN. — Le diagnostic radiologique de l'abcès du poumon (*III^e Congrès international de Radiologie*, Paris, juillet 1931, in *Presse Méd.*, 3 octobre 1931).

LE FORT. — Le traitement des abcès intrapulmonaires

et interlobaires par incision et drainage (*Réunion médico-chirurg. des Hôp. de Lille*, 22 avril 1929).

LEGRAND et DUCROCQ. — Pleurésie interlobaire et spléno-pneumonie (*Nord Médical*, 5 février 1928).

LEMIERRE et KOURILSKY. — Un cas d'abcès du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine (*Soc. Méd. des Hôp.*, 13 janvier 1928).

LEURET E., Ferdinand PIECHAUD et FOURCADE. — Des images caverneuses pyo-aériques (*Soc. de médecine et chirurgie de Bordeaux*, 6 janvier 1928).

LILIENTHAL. — Suppurations non tuberculeuses (*Arch. of Surgery*, janvier 1928).

LILIENTHAL. — Traitement chirurgical des abcès pulmonaires (*Surgery Gynecology and obstetrics*, n° 6, décembre 1931, t. III).

LINHBERG. — Diagnostic et thérapeutique de l'empyème des abcès pulmonaires et de la gangrène pulmonaire (*Bruns Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, Berlin Vienne, n° 3, septembre 1930, t. CL).

LYON. — Le diagnostic et le traitement des suppurations pulmonaires (*Bulletin médical*, n° 50, 12 décembre 1931).

MALACHIER G. — Contribution à l'étude du radiodiagnostic des suppurations bronchopulmonaires non tuberculeuses (*Thèse Paris*, 1928).

MANGES W. F. — Abcès du poumon, aspect radiologique (*Arch. oto-laryngol.*, février 1928).

MAUZOFFER CHERKI (Stamboul). — Traitement des abcès fétides du poumon (*Soc. Méd. des Hôp.*, 6 novembre 1931).

MERRIL E. F. — Suppuration bronchopulmonaire au point de vue radiologique (*New-York State J. Med.*, 15 juillet 1928).

MIDDEIDORF K. — [Traitement de l'abcès pulmonaire (*Deutsch. Zeitung für Chirurg.*, novembre 1927).

MILHIT et DEROT. — A propos de six cas de suppurations pleuro-pulmonaires (*Soc. Méd. des Hôp.*, 26 octobre 1928).

MILLER. — Lipiodol dans le diagnostic des lésions pulmonaires (*Kentucky Med. Journal*, novembre 1927).

MILLER. — Cas d'abcès pulmonaire (*Southwestern Med.*, janvier 1928).

MINET J. et DELARRA. — Abcès pulmonaire à clapet (*Soc. Médico-chirurg. des Hôp.*, Lille, 24 novembre 1930).

MINET. — A propos du traitement des abcès pulmonaires (*Progrès Médical*, 3 octobre 1931, n° 4, 1635).

MOULINIER J. — L'état actuel du traitement des suppurations pulmonaires (non tuberculeuses) (*Thèse Lyon*, 1931).

MORRISON. — Abcès pulmonaire postérieur (*Califor. and West. Med.*, décembre 1927).

FAGEL. — Sur le traitement des abcès pulmonaires (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 30 octobre 1931, n° 44).

NAN MUXEL et T. STOICHITZA. — Contribution à l'étude des abcès pulmonaires (*Archives médico-chirurg. de l'app. respirat.*, n° 4, 1930, p. 295, t. V.).

NUBERT G. et BRANISTEANN. — L'émétine comme trai-

tement des suppurations pulmonaires non amibiennes (*Presse Méd.* 29 janvier 1930).

OLMER et POINSO. — Introduction à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses (*Marseille Médical*, 5 février 1930).

OLMER et POINSO. — Diagnostic des suppurations pulmonaires chroniques (*Marseille Médical*, 5 février 1928).

OLMER, POINSO et JACQUES. — Suppuration pulmonaire fétide à évolution prolongée (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, février 1928).

PAISSEAU. — Absès du poumon (*Avenir médical*, novembre 1931).

PAISSEAU, VIALARD et OUMANSKY. — Absès du poumon et pleurésie interlobaire (*Presse médicale*, 19 juin 1929, p. 500).

PALLASSE et R. CADE. — Absès pulmonaire et pleurésie interlobaire (*Soc. nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon*, 6 février 1929).

PALLASSE et R. CADE. — Caverne gangreneuse du sommet avec ligne de niveau à la radiographie (*Soc. nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon*, 9 janvier 1929).

PICOT. — L'intervention chirurgicale dans les absès et gangrène du poumon (*Arch. méd. chir. de l'appareil respiratoire*, août 1927).

PINCHIN et MORLOECK. — Absès du poumon. Traitement et diagnostic (*Lancet*, 18 octobre 1930).

PELISSIER Mlle H. — Le pneumothorax artificiel, traitement des absès du poumon (*Thèse de Montpellier*, 1930).

PENTEUIL G. — Contribution à l'étude radiologique des opacités arrondies intrathoraciques (*Thèse de Paris*, 1929).

PETIT DE LA VILLEON. — Gangrène pulmonaire, abcès du poumon. Thoraco-pneumonie. Néosalvarsan. Guérison (*Soc. de Ch. de Paris*, 2 décembre 1927).

PRUNEAU J. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire pure (*Thèse Paris*, 1930).

PUECH, J. VIDAL et M. DUFOIX. — Abcès du poumon. Guérison spontanée et rapide après vomique (*Soc. des sc. med. et biol. Montpellier*, janvier 1932).

RATHERY et THOYER. — Abcès du poumon consécutif à une pneumonie (*Soc. Méd. des Hôp.*, 22 mars 1929).

RAWICZ M. — Abcès du poumon curables (*Thèse Strasbourg*, 1930).

RIEUX. — Abcès gangreneux primitif du poumon (*Journal des Praticiens*, 25 août 1928, n° 34).

ROUBIER et BOUCOMONT. — La pneumonie du lobe moyen chez l'adulte et son diagnostic radiologique (*Progrès Médical*, 28 novembre 1931, n° 4, p. 2157).

ROUBIER et PLANCHU. — Vaste cavité purulente intrapulmonaire occupant la totalité du lobe sup. gauche chez un diabétique (*Soc. nationale de Méd. et des Sciences médicales de Lyon*, 7 janvier 1931).

ROUBIER. — Cancer cavitairé du poumon (*Journ. méd. de Lyon*, t. X., n° 237, 5 octobre 1929).

SANTY. — Abcès putride du poumon (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 19 juin 1930).

SCOTT, PINCHIN, et H. V. MORLOCH. — Les abcès du

poumon, leur traitement, leur diagnostic (*Lancet*, 18 octobre 1930, n° 5590, vol. CCXIX).

SERGEANT, COTTENOT et COUVREUX. — *Soc. Méd. des Hôp.* 18 mars 1927).

SERGEANT et BORDET. — Diagnostic radiologique des suppurations broncho-pleuro-pulmonaires chroniques (*Arch. méd. chir. app. resp.*, 1927, t. II. p. 393).

SERGEANT. — Bronchectasie purulente chez un ancien gazé (*Journal des Praticiens*, 24 novembre 1928).

SERGEANT. — Gangrène pulmonaire. Abscès du poumon (*Journal des Praticiens*, 23 février 1929).

SERGEANT. — Lipiodo-diagnostic et les fausses images cavitaires (*Presse Médicale*, 18 juin 1930, p. 825).

SERGEANT, BAUMGARTNER et KOURILSKY. — Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires (*Académie de Médecine*, 26 février 1929).

SERGEANT. — Abscès bronchectasians et bronchectasies abcédées (*Revue méd. française*, janvier 1930).

SERGEANT, KOURILSKY, IMBERT et POUMEAU-DELILLE. — Deux observations de cancers primitifs du poumon, à type d'abcès (*Soc. Méd. des Hôp.*, 27 juin 1930).

SERGEANT, KOURILSKY et POUMEAU-DELILLE. — Quelques réflexions sur le mode de guérison des abcès pulmonaires. (*Arch. méd. chir. app. resp.*, n° 4, 1930, t. V.)

SERGEANT, H. DURAND, KOURILSKY et COUVE. — Cancer primitif du poumon à type d'abcès chez un ancien blessé de poitrine porteur de deux éclats restés inclus. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 15 mai 1931).

SERGEANT, COTTENOT, POUMEAU-DELILLE, COUVREUX. — Leremaniement nosologique de la dilatation des bronches

par l'application systématique, du lipiodo-diagnostic (*III^e Congr. intern. de Radiologie*, Paris, juill. 1931).

SERGEANT, F. BORDET, H. DURAND et COUVREUX. — L'exploration radiologique de l'appareil respir. (Masson et C^{ie} Ed., 1931).

SERGEANT, BAUMGARTNER et KOURILSKY. — Quelques indications sur les indications respectives de la pneumotomie et de la pneumectomie (*Presse Médicale*, 7 octobre 1931).

SERGEANT, KOURILSKY et POUMEAU-DELILLE. — Fistule pariétale consécutive à un empyème symptomatique de bronchectasie (*Arch. méd. chir. app. respir.* n° 31, 1931).

SERGEANT, BAUMGARTNER et KOURILSKY. — L'exploration des trajets fistuleux et des plaies thoraciques par le lipiodol (*Arch. méd. chirurg. app. resp.*, n° 6, décembre 1927).

SERGEANT. — Bronchectasies abcédées. Abcès bronchectasians et abcès bronchectasiques (*Presse Médicale*, 20 février 1932).

SERGEANT, KOURILSKY et GESSEN. — Sur l'image radiologique de l'abcès putride du poumon (*Soc. Méd. des Hôp.*, juin 1932).

SIEBERT. — La description des données radiologiques du poumon (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 3, 31 juillet 1931, p. 1315).

H. I. SJECTOR M. D. St. Louis. — Lung abscesses a clinical Hudy With Esperial emphasis ou conservative treatment (*Americ. med.*, 13 septembre 1930, n° 11, p. 785).

SWEANY, STADNICHENKO et HENRISCHEN. — Abscès pulmonaires multiples simulant la tuberculose et causé par le bacille de Friedlander (*Arch. of. Inter. médecine*, Chicago, avril 1931, n° 4, t. XLVII).

TANVERO. — Abscès du poumon (*Thèse Lyon*, 1930).

TIXIER et Stanislas DE SÈSE. — Les difficultés du diagnostic radiologique dans les suppurations de la plèvre (*Monde Médical*, n° 780, 1^{er} novembre 1930, p. 952).

TRABAUD M. — Abscès du poumon d'origine indéterminée guérie par l'émétine (*Soc. de méd. et d'hygiène tropicales*, 2 février 1928).

TROISIER J. et MONNEROT-DUMAINE. — Forme suppurative du cancer du poumon (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 décembre 1929).

TROELL. — Un cas d'abcès pulmonaire guéri chirurgicalement (*Acta medica scandinavica*, Stockholm, 26 mai 1931, nos 3 et 4).

VECCHI. — La pneumotomie (*Arch. italiano di Chir.* n° 5, novembre 1930).

VIDAL J. — Diagnostic des suppurations bronchopulmonaires (*Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, mai 1931).

VIAMONTE et G. ALDEREGUIA. — Diagnostic de l'abcès pulmonaire (*Rev. med. y Chir. Esp.*, 20 décembre 1927).

WALZEL. — En quoi consiste le traitement chirurgical de l'abcès du poumon (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 22, 29 mai 1931, p. 713).

WARE E. R. — Le lipiodol dans les suppurations pulmonaires (*California and West Med.*, mars 1928).

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

--	--	--

H III P 232

v.24
Fuc-Ges
1932

Theses de Paris
78410

NAME

DATE DUE

